

Στην παραπάνω εικόνα καταγράφεται ένα επεισόδιο εκφόρτισης αμφικολιακού απινιδωτή σε ασθενή που πάσχει από διατατική μυοκαρδιοπάθεια τη στιγμή που υποβαλλόταν σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης. Τα ερωτήματα που τίθενται είναι τα εξής:

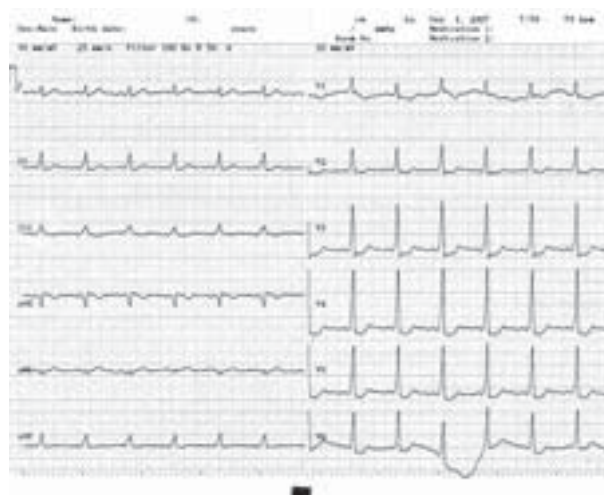
- 1) Είναι δόκιμη ή αδόκιμη η εκφόρτιση του απινιδωτή;
- 2) Τι είδους θεραπείες δίνει η συσκευή (τα πλαίσια με το σύμβολο ?)
- 3) Τι είδους μέτρα πρέπει να ληφθούν περαιτέρω για τον ασθενή;

Περίπτωση αιμοδυναμικά ασταθούς ταχυκαρδίας με ευρέα QRS συμπλέγματα

Δ. Τσιλάκης, Σ. Κουλούρης

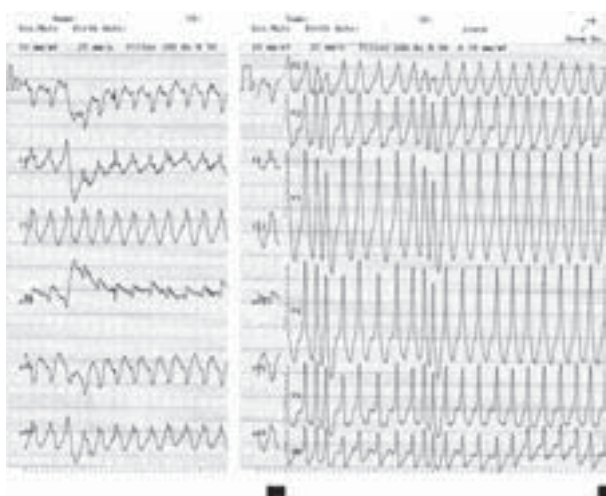
Α' Καρδιολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Άνδρας 60 ετών, με ασαφές ιστορικό ταχυκαρδιών που αντιμετωπίζονταν στα ΤΕΠ χωρίς ποτέ να χρειαστεί νοσηλεία, προσήλθε σε ημέρα γενικής εφημερίας λόγω συσφιγκτικού προκαρδίου άλγους και εφίδρωσης. Από την αντικειμενική του εξέταση διαπιστώθηκαν: όψη πάσχοντος, ωχρότητα, εφίδρωση, ψυχρά κολώδη άκρα, ταχύς νηματοειδής σφυγμός, ΣΑΠ: 85 mmHg, αναπνοές 20/λεπτό και στο ΗΚΓ κατεδείχθη ταχυκαρδία ευρέων συμπλεγμάτων, άρρυθμη, με συχνότητα 230/λεπτό, μορφολογία RBBB και κατώτερο άξονα (βλ. εικ. 1). Λόγω της προσυγκοπτικής κατάστασης του ασθενούς, του χορηγήθηκε καταστολή με μιδαζολάμη και έγινε συγχρονισμένη καρδιομετατροπή με 360 Joules. Το ΗΚΓ μετά την καρδιομετατροπή ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό και εμφανή προδιέγερση με κύμα δ θετικό στις κατώτερες και προκαρδίες απαγωγές (βλ. εικ. 2). Τέθηκε η διάγνωση του συνδρόμου WPW με κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε φυσιολογική συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας, ήπια



Εικόνα 2. ΗΚΓ μετά την καρδιομετατροπή, θετικό κύμα δ στις κατώτερες και προκαρδίες απαγωγές

διάταση του αριστερού κόλπου και μικρή διαφυγή από τη μιτροειδή βαλβίδα. Στον ασθενή συνεστήθη ηλεκτροφυσιολογική μελέτη με σκοπό την εντόπιση και κατάλυση του παραπληρωματικού δεματίου. Με βάση τα χαρακτηριστικά της προδιέγερσης από το ΗΚΓ επιφανείας αναμενόταν η ύπαρξη αριστερού παραπληρωματικού δεματίου. Πραγματικά η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη ανέδειξε την ύπαρξη αριστερού προσθιο-πλάγιου παραπληρωματικού δεματίου με βραχεία ανερέθιστη περίοδο, ενώ προκλήθηκε και κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση. Μετά από επιτυχή δια-διαφραγματική (transeptal) προσέγγιση, έγινε χαρτογράφηση της κολπικής έκφυσης του δεματίου και μετά από χορήγηση 9 συνολικά εφαρμογών RF ρεύματος υπήρξε εξαφάνιση της προδιέγερσης. Η επέμβαση ήταν επιτυχής και ανεπείπλεκτη και ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο με οδηγίες για διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη) για 3 μήνες.



Εικόνα 1. Ταχυκαρδία με ευρέα QRS, RBBB, κατώτερος άξονας

ΑΡΡΥΘΜΙΟΛΟΓΙΚΟ QUIZ

Αθανάσιος Κρανίδης, Ηλίας Καραμπίνος

Α' Καρδιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Α) Νευρομυϊκές διαταραχές

1) Υψηλό κύμα R στην V1 του ΗΚΓ επιφανείας 12 απαγωγών συνήθως δεν υπάρχει:

- A) Σε οπίσθιο έμφραγμα
- B) Σε αποκλεισμό του δεξιού σκέλους
- Γ) Στην υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας.
- Δ) Στη μυϊκή δυστροφία του Duchene
- E) Στην αταξία του Friedreich

2) Ποιές από τις ακόλουθες καταστάσεις είναι πιθανό να εμφανίσουν αμφίδρομη κοιλιακή ταχυκαρδία;

- A) Τοξικός δακτυλιδισμός
- B) Μυϊκή δυστροφία του Emegy – Dreifus
- Γ) Υποκαλιαιμική περιοδική παράλυση.
- Δ) Σύνδρομο Kugelberg – Wandler.
- Ε) Αταξία του Friedreich.

B) Νόσος φλεβοκόμβου – διαταραχή κολποκοιλιακής αγωγής.

1) Ασθενής 75 χρονών, με επεισόδιο συγκοπής, με παύση 4.0 sec επί εδάφους χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής, φυσιολογικό υπερηχοκαρδιογράφημα και stress echo, θα πρέπει να υποβληθεί σε:

- A) Τοποθέτηση αμφικολιακού βηματοδότη.
- B) Τοποθέτηση VVIR βηματοδότη.
- Γ) Τοποθέτηση διπλοεστιακού βηματοδότη.
- Δ) Χορήγηση θεοφυλλίνης p.os.
- Ε) Ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο.

2) Ασθενής 25 χρονών με μυϊκή δυστροφία του Duchenne, υπερτροφία της αριστερής κοιλίας στο υπερηχοκαρδιογράφημα εμφανίζει επεισόδιο συγκοπής. Το επεισόδιο συγκοπής οφείλεται πιθανώς σε:

- A) Κοιλιακή ταχυκαρδία.
- B) Προδιέγερση
- Γ) Καρδιακή παύση
- Δ) Σύνδρομο υπερευαίσθητου καρωτιδικού βολβού.
- Ε) Πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό.

Γ) Κοιλιακή ταχυκαρδία

1) Αναφορικά με την δυσπλασία της δεξιάς κοιλίας, τι από τα κάτωθι είναι σωστό;

- A) Η διάταση της δεξιάς κοιλίας αποτελεί μείζον κριτήριο για την διάγνωση της νόσου όταν είναι > τρεις σταθερές αποκλίσεις από το ανώτερο φυσιολογικό.
- B) Παρουσία όψιμων δυναμικών στο συμψηφιστικό ΗΚΓ (SAECG) αποτελεί έλασσον κριτήριο για την διάγνωση της νόσου.
- Γ) Οικογενειακό ιστορικό αιφνιδίων θανάτων σε νεαρή ηλικία (<35 ετών) αποτελεί έλασσον κριτήριο για την διάγνωση της νόσου.
- Δ) Όλα τα ανωτέρω.

2) Ποιές από τις κάτωθι καταστάσεις είναι απίθανο να παρουσιάσουν κοιλιακή ταχυκαρδία από επανείσοδο στα σκέλη του His (BBR-VT);

- A) Μυοτονική δυστροφία
- B) Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.
- Γ) Ανωμαλία του Ebstein.
- Δ) Σύνδρομο Brugada
- Ε) Ανεπάρκεια αορτής.

3) Έστω ότι χορηγείται σε ασθενή ενδοφλέβια φαρμακευτικά αγωγή για καταστολή κοιλιακής ταχυκαρδίας. Ποιο από τα κάτωθι προκαλεί μεγαλύτερη αύξηση του χρόνου αγωγιμότητας.

- A) Αμιωδαρόνη
- B) Λιδοκαΐνη
- Γ) Βρετύλιο
- Δ) Μεξιλετίνη
- Ε) Προκαϊναμίδη

4) Η συχνότερη αιτία ευρέος QRS συμπλέγματος είναι:

- A) Η κοιλιακή ταχυκαρδία
- B) Η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία με αλλοδρομία
- Γ) Το σύνδρομο προδιέγερσης
- Δ) Ο βηματοδοτικός ρυθμός
- Ε) Η κοιλιακή μαρμαρυγή.

Ηλεκτροφυσιολογικά/Βηματοδοτικά Νέα

*Αντώνης Σ. Μανώλης, Δημήτρης Σακελλαρίου,
Σπύρος Κουλούρης*

Το Συνέδριο **TCT** θα γίνει στην Washington στις 20-25/10/2007

Το 28^ο **Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο** θα γίνει στη Ρόδο (Rodos Palace) στις 25-27/10/2007

Το Συνέδριο του **AHA** θα γίνει στο Orlando στις 4-7/11/2007

Το 57^ο ετήσιο Συνέδριο του **ACC** θα γίνει στο Chicago στις 29/3-1/4/2008

Το “**Cardiology Update 2008**”, Διεθνές Συνέδριο Καρδιολογίας του Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», θα γίνει στις 17-19 Απριλίου 2008, στην Αθήνα (Ξενοδοχείο Caravel) (www.evangelismos.dom.gr & www.cardiologyupdate.dom.gr)

Το συνέδριο της **HRS** θα γίνει στο San Francisco στις 14-17/5/2008

Το **CardioStim 2008** θα γίνει στη Nice στις 18-21/6/2008

Η Saga των Ανακλήσεων δεν Έχει Τέλος: Πρόωση Ανολεितουργία των Απινιδωτικών Ηλεκτροδίων Sprint Fidelis

Η λειτουργία των απινιδωτικών ηλεκτροδίων Sprint Fidelis model 6949 συγκρίθηκε με εκείνη των ηλεκτροδίων Sprint Quattro Secure model 6947. Η διάρκεια ζωής 583 ηλεκτροδίων Sprint Fidelis 6949 που εμφυτεύθηκαν στο διάστημα 9/2004 έως 2/2007 ήταν σημαντικά βραχύτερη από εκείνη 285 ηλεκτροδίων τύπου Sprint Quattro Secure model 6947 που εμφυτεύθηκαν από 11/2001 έως 2/2007 ($P = 0.005$). Σε 6 ασθενείς δυσλειτούργησαν τα ηλεκτρόδια Sprint Fidelis 4–23 μήνες μετά την εμφύτευση. Οι 5 από τους 6 ασθενείς είχαν παλλαπλές αδόκιμες απινιδώσεις λόγω ρήξης του αγωγού των ηλεκτροδίων, ενώ ο 6^{ος} ασθενής είχε αποτυχία του μηχανισμού ενεργητικής πρόσφυσης. Έρευνα στη βάση δεδομένων του FDA ανέδειξε αναφορές σε 679 ηλεκτρόδια Sprint Fidelis. Τα συχνότερα παράπονα ή παρατηρήσεις ήσαν αδόκιμες απινιδώσεις (33%), υψηλή αντίσταση (33%), και ρήξη (35%). Σε 125 ηλεκτρόδια που αναλύθηκαν από την κατασκευαστρια εταιρεία, 62 αφορούσαν ρήξη ηλεκτροδίου είτε